

Gezondheidsmotivering : GVO als wetenschapsgebied

Citation for published version (APA):

Kok, G. J. (1986). Gezondheidsmotivering : GVO als wetenschapsgebied. Maastricht: Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.19860212gk>

Document status and date:

Published: 21/02/1986

DOI:

[10.26481/spe.19860212gk](https://doi.org/10.26481/spe.19860212gk)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

GEZONDHEIDSMOTIVERING

GVO ALS WETENSCHAPSGERIED

REDE

Uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar in de
GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN -OPVOEDING
aan de Rijksuniversiteit Limburg
op vrijdag 21 februari 1986

door

Dr. G. J. KOK

Inleiding

Een oratie heeft van oorsprong de betekenis van een soort intentieverklaring van de nieuwbenoemde hoogleraar over de wijze waarop deze invulling denkt te geven aan de leeropdracht die hem of haar verstrekt is. Zo'n oratie kan dan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de traditie die er al of niet bestaat rondom de discipline. Is er sprake van een nieuw wetenschapsgebied dan zal de oratie een overzicht presenteren van dat gebied en aangeven wat de raakvlakken met andere gebieden zijn, maar vooral ook wat het eigene en bijzondere is van deze nieuwe discipline. Is er sprake van een bestaand wetenschapsgebied, dan gaat de oratie meestal meer in de diepte en wordt een specifiek thema binnen de discipline zorgvuldig en vaak ook indrukwekkend uitgewerkt. Soms ook geeft een oratie een nieuwe wending aan binnen een bestaand gebied. In Nederland hebben we daarvan een dramatisch voorbeeld gehad in de persoon van Linschoten die benoemd werd in een sterk fenomenologische traditie maar daaraan een extreem positivistische invulling gaf, tot grote ontsteltenis van de mensen die hem in die positie benoemd hadden.

Hoewel deze laatste opvatting over een oratie mij zeer aanspreekt zal dat in dit geval niet mogelijk zijn omdat GVO als wetenschapsgebied in Nederland nog nauwelijks traditie heeft. GVO is een nieuw wetenschapsgebied en ik zal dan ook proberen een overzicht te geven van GVO als wetenschap en daarna dat onderdeel uitwerken waarin het eigene en bijzondere van GVO het scherpst naar voren komt, nl. het motiveren van mensen tot gezond gedrag.

1. Wat is GVO?

Een van de manieren om te bepalen wat GVO is, is te kijken wat GVOers in de praktijk doen. We zien dan een heel skala van verschillende activiteiten. Een willekeurige greep:

- een folder over het doen van borstzelfonderzoek om in een vroeg stadium borstkanker te kunnen ontdekken
- scholing van huisartsen in een betere arts-patient communicatie
- onderzoek naar de redenen waarom scholieren beginnen te roken
- training van een groep diabeten in de dagelijkse omgang met medicijnen, voeding en symptomen
- activiteiten van een CAD gericht op mensen met een alcoholprobleem
- bedrijfsprogramma's om werknemers te motiveren zich aan veiligheidsvoorschriften te houden
- onderzoek naar het effect van een brochure van een ziekenhuis met informatie voor patienten
- coördinatie van GVO activiteiten van verschillende instellingen in een gemeente of een provincie, ten behoeve van een betere afstemming.

Deze lijst met voorbeelden kan naar believen worden uitgebreid. Daarmee lijkt het erop dat GVO een verzamelnaam is voor allerlei verschillende activiteiten zonder dat daarin veel lijn zit. Dat is niet het geval. Er is wel degelijk een samenhang tussen al deze voorbeelden. GVO activiteiten kenmerken zich alle door de volgende overeenkomsten:

1. Ze hebben betrekking op gezondheidsproblemen waarbij het gedrag van de betrokkenen belangrijk is.
2. Er wordt zorgvuldig gekeken naar de oorzaken van dat gedrag.
3. Pogingen worden gedaan om dat gedrag te beïnvloeden, door de betrokkenen te motiveren tot ander gedrag.
4. De effecten van die beïnvloedingspogingen worden zo goed mogelijk geëvalueerd, zodat verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Alle GVO activiteiten gaan uit van een bepaald gezondheidsprobleem en hebben als doel dat probleem, voor zover mogelijk, op te lossen. De vier hiervoor genoemde aspecten spelen daarbij een rol, maar afhankelijk van het probleem zijn sommige aspecten op een moment belangrijker dan andere. Soms staan we aan het begin en moeten we nog begrijpen hoe het probleem precies in elkaar zit; soms zijn we al heel ver en proberen we succesvolle programma's door evaluatieonderzoek nog wat meer te verbeteren.

In het volgende zullen we beschrijven hoe GVO als wetenschapsgebied eruit ziet. Daarbij komen de vier genoemde aspecten weer terug.

2. GVO als wetenschapsgebied

GVO als wetenschapsgebied bestaat uit een serie stappen die overeenkomen met wat we hiervoor aspecten genoemd hebben. Die stappen kunnen we formuleren als vragen:

1. Hoe belangrijk is het gezondheidsprobleem en wat is de rol van menselijk gedrag erbij? (Probleemanalyse).
2. Wat zijn de oorzaken of determinanten van dat gedrag? (Gedragsdeterminanten).
3. Hoe is dat gedrag te beïnvloeden door motivatie? (Gedragsbeïnvloeding).
4. Wat is het effect van die beïnvloeding? (Evaluatie).

Deze stappen volgen op elkaar. Het is bijvoorbeeld erg moeilijk om te werken aan gedragsbeïnvloeding als de oorzaken van het gedrag nog niet bekend zijn.

De vier stappen zijn ook te beschouwen als beslismomenten. Elke stap eindigt dan met een beslissing, nl. of het zinvol is met een GVO-aanpak verder te gaan. Die beslissing kan negatief uitvallen, bijvoorbeeld:

- als de oorzaken van het probleem niet gedragsmatig zijn
- als de determinanten van het gedrag niet beïnvloedbaar zijn
- als de beïnvloeding haar doel niet bereikt.

Die laatste beslissing is heel moeilijk, omdat de effectiviteit van GVO pas na voldoende investering vast te stellen is (Green, 1977). We komen daar nog op terug.

GVO is een manier om gezondheidsproblemen aan te pakken en wel via motivatie. Het is niet de enige manier; het is wel een manier met een duidelijk eigen en bijzonder karakter. GVO kan daardoor in bepaalde situaties heel effectief zijn. We komen daarop terug.

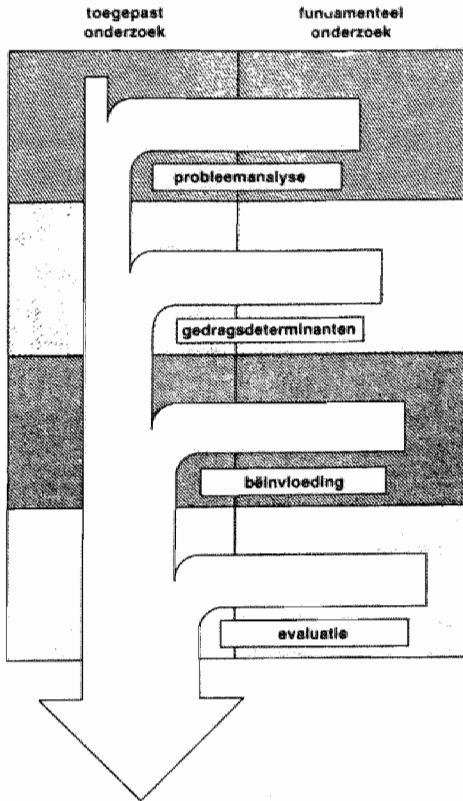
Het eigene van GVO zit, zoals gezegd, vooral in de motivatie tot ander, gezonder gedrag. GVO in engere zin is op te vatten als de derde stap, nl. hoe is het aan een gezondheidsprobleem gerelateerde gedrag door motivatie te beïnvloeden? Echter de eraan voorafgaande stap en de erop volgende stap zijn hiermee onlosmakelijk verbonden. Beïnvloeding kan slechts effectief plaatsvinden als de oorzaken van het gedrag bekend zijn. Beïnvloeding kan slechts op grotere schaal geïmplementeerd worden als duidelijk is wat het effect ervan is. GVO in ruimere zin is dus op te vatten als het geheel van de vier stappen: probleemanalyse, gedragsdeterminanten, beïnvloeding en evaluatie. Bij elk van die vier stappen zijn er bijdragen uit andere disciplines.

- Probleemanalyse: epidemiologie, geneeskunde, biologie, psychologie, sociologie.
- Gedragsdeterminanten: psychologie, met name sociale psychologie, sociologie, economie.
- Gedragsbeïnvloeding: sociale psychologie, voorlichtingskunde, communicatiewetenschappen, pedagogie, recht.
- Evaluatie: methodologie, statistiek, informatika.

GVO is op zich ook geen discipline, maar een integratie van verschillende disciplines, met name de disciplines die genoemd worden bij gedragsbeïnvloeding en daarnaast de disciplines bij

gedragsdeterminanten en evaluatie. De eerste stap, probleem-analyse, wordt meestal aan anderen overgelaten. GVO sluit dan in eerste instantie aan bij bevindingen uit bijvoorbeeld de epidemiologie. Vaak echter zijn de relaties tussen gezondheidsproblemen en gedragingen zo complex dat de probleemanalyse ook een bijdrage van de gedragswetenschap vraagt, bijvoorbeeld psychologie of sociologie.

Disciplines als sociale psychologie, voorlichtingskunde, etc. zijn niet speciaal gericht op GVO-problemen. GVO moet dus altijd de kennis vanuit die disciplines vertalen naar het eigen toepassingsgebied. GVO-onderzoek richt zich dan enerzijds op de vier stappen met toegepast onderzoek, maar anderzijds maakt GVO gebruik van fundamenteel onderzoek op het terrein van die vier stappen en draagt ze daar zelf ook toe bij. In figuur 1 is dat weergegeven in de zogenaamde GVO matrix.



De vertikale pijl geeft het toegepast onderzoek aan, de horizontale pijlen geven het fundamentele onderzoek aan. Toegepast onderzoek richt zich op een praktisch probleem; fundamenteel onderzoek richt zich op een theoretisch probleem. In het volgende zal ik proberen duidelijk te maken dat vooral de fundamentele theorievorming van essentieel belang kan zijn voor GVO als die theorieën korrekt toegepast worden in de GVO-praktijk. We zullen daarvan in het volgende een aantal voorbeelden geven. Fundamenteel GVO-onderzoek is minstens zo belangrijk als toegepast GVO-onderzoek. Het gaat dan om de ontwikkeling van theorieën en inzichten die voor toegepast GVO-onderzoek bruikbaar zijn. Aan de hand van de vier genoemde stappen zullen we de matrix verder uitwerken.

3. Probleemanalyse

In de probleemanalyse is de vraag: hoe belangrijk is een gezondheidsprobleem en wat is de rol van menselijk gedrag bij dat probleem? Met name Green e.a. (1980) werken deze stap heel zorgvuldig uit. Green meent dat we moeten beginnen met de identifikatie en analyse van sociale problemen en het welzijn van groepen in de bevolking. Dan moet er gekeken worden naar gezondheidsproblemen die dit welzijn bedreigen en tenslotte moeten we inzicht krijgen in de gezondheidsgedragingen die samenhangen met die gezondheidsproblemen. Matarazzo (1985) geeft een overzicht van de situatie in de Verenigde Staten. Hij meldt dat de doodsoorzaken die het meest voorkomen allemaal een sterke samenhang hebben met gedrag. De vijf in de Verenigde Staten meest voorkomende doodoorzaken zijn: hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen, diabetes en zelfdoding. De belangrijkste gedragingen die ermee samenhangen zijn: roken, teveel alcohol, onjuiste voeding, risikogedrag (verkeer), teveel stress, onvoldoende beweging en onjuist omgaan met hoge bloeddruk. Deze gedragingen houden dus direkt verband met gezondheid. Er zijn ook gedragingen die indirect verband houden met gezondheid. Leventhal e.a. (1984) wijzen op het feit dat biomedische oplossingen van gezondheidsproblemen alleen dan kunnen werken als mensen zich houden aan voorschriften van bijvoorbeeld hun arts. En juist daar ligt een gedragsprobleem omdat veel mensen om allerlei redenen zich niet houden aan medische voorschriften. We noemen dat noncompliance, of vertaald: therapie-ontrouw.

De probleemanalyse is het uitgangspunt van GVO. Uit deze analyse blijkt dat er veel belangrijke gezondheidsproblemen zijn die een duidelijke samenhang hebben met gedrag. Daarbij gaat het om verschillende soorten gedrag: preventief gedrag, vroege opsporing en de zorg voor de patient. Enerzijds gaat het dan om gedrag van een persoon zelf, anderzijds gaat het om gedrag van hulpverleners. Therapie-ontrouw bijvoorbeeld is niet alleen een probleem van de patiënt, maar eveneens van de hulpverlener. GVO richt zich

in zo'n geval ook op het gedrag van de hulpverlener. Tussen de verschillende gezondheidsgedragingen blijkt weinig verband te bestaan. Gezondheidsgedrag is dus een puur theoretisch begrip. Daarmee wordt bedoeld een groep heel verschillende gedragingen die alle op een of andere wijze te maken hebben met gezondheid, maar die onderling weinig met elkaar te maken hoeven te hebben en soms ook niet op grond van gezondheidsoverwegingen tot stand komen. Daarmee komen we op de volgende stap: gedragsdeterminanten.

4. Gedragsdeterminanten

Waarom gedragen mensen zich zoals ze doen? Wat zijn de oorzaken van het gedrag? Die vraag wordt interessant als uit de probleemanalyse blijkt dat een gedrag uit gezondheidsoverwegingen ongewenst is. De determinanten van gezondheidsgedrag zijn even divers als die van ander gedrag. Het gemeenschappelijke van gezondheidsgedrag is dat het gedrag verband houdt met gezondheid. Het gemeenschappelijke aan de determinanten van gezondheidsgedrag zou dus kunnen zijn dat overwegingen van gezondheid een rol spelen. Vaak blijkt dat echter helemaal niet het geval te zijn. De belangrijkste reden om te sporten kan gezelligheid zijn, voor gebrek aan hygiëne een slechte behuizing, om te gaan roken sociale druk, etc.

Om de oorzaken van het gedrag te begrijpen vallen we in eerste instantie terug op algemene gedragsmodellen, met name modellen uit de sociale psychologie (Kok, 1985). In dergelijke modellen komen drie soorten determinanten naar voren: eigen attitudes van de persoon, invloed van de sociale omgeving en de mogelijkheden voor dat gedrag. We zullen deze drie soorten gedragsdeterminanten wat nader uitwerken.

Om met het laatste te beginnen: de mogelijkheden voor gedrag. GVO impliceert dat mensen zelf beslissen over hun gedrag. Een dergelijke aanname is niet altijd juist. Soms zijn er interne of

externe factoren waardoor mensen niet meer zelf kunnen beslissen over hun gedrag. Een voorbeeld daarvan is alcoholverslaving, waarbij het eigen gedrag niet meer onder controle van de persoon is. Een ander voorbeeld is voeding: Westmaas-Jes (1979) vermeldt dat in haar voedingsvoorlichting het gebruik van magere melk werd aangeraden, maar dat veel deelnemers erover klaagden die in hun omgeving niet te kunnen kopen. Een derde voorbeeld is bedrijfsveiligheid: werknemers willen zich best aan veiligheidsvoorschriften houden maar weten niet goed hoe ze die moeten toepassen. Het gedrag van mensen wordt dus niet altijd door henzelf bepaald: soms zijn er moeilijkheden om het gewenste gedrag te vertonen en soms is het gedrag niet onder controle. Wanneer we het gedrag willen beïnvloeden moeten we met deze faktor gedragsmogelijkheden rekening houden.

De beslissing tot gedrag noemen we in de sociale psychologie de intentie: het voornemen tot bepaald gedrag. Deze intentie wordt beïnvloed door twee andere soorten determinanten: door de attitude van de persoon en door zijn sociale omgeving. De attitude is het eindoordeel van de persoon zelf over het gedrag na afweging van alle voor- en nadelen. De invloed van de sociale omgeving wordt gevormd door de opvattingen van voor die persoon belangrijke anderen over dat gedrag. Attitudes worden voor een belangrijk deel door de sociale omgeving beïnvloed en gevormd. Toch kan er een verschil zijn tussen wat een persoon zelf goed of slecht vindt en wat de omgeving van de persoon verwacht. Zo kan iemand na afweging van alle voor- en nadelen besluiten om te stoppen met roken, terwijl gezin of kollega's van hem verwachten wel te roken en het rookgedrag ook stimuleren. Het kan ook juist andersom zijn. Attitudes en sociale invloeden zijn twee min of meer onafhankelijke determinanten van gedrag. In de praktijk wordt de invloed van attitudes vaak overschat en de invloed van de sociale omgeving onderschat. Die laatste onderschatting begint langzamerhand te verdwijnen. Suls (1982) heeft een zorgvuldig overzicht gegeven van de wetenschappelijke stand van zaken op het gebied van de sociale invloed op gezondheid, met name de rol van

social support. Hij laat daarin zien dat sociale invloed positief, maar ook negatief kan uitwerken op de gezondheid van mensen. Wanneer het gaat om preventie bijvoorbeeld kan de sociale omgeving een gunstige invloed uitoefenen door een goed voorbeeld te geven, onzekerheid te verminderen, begrip voor problemen te hebben, etc. Maar de sociale omgeving kan ook een ongunstige invloed hebben door een slecht voorbeeld te geven, onzekerheid te vermeerderen, nieuwe problemen te creëren, etc. Zowel het huidige als het door de GVO'er gewenste gedrag wordt in sterke mate bepaald door de sociale omgeving (zie ook Janis, 1983).

Theoretisch was al heel lang duidelijk dat de sociale omgeving zeer belangrijk is als gedragsdeterminant. De basis daarvan is gelegd door o.a. Lewin en Festinger. Twee onderliggende principes uit de sociale psychologie kunnen verklaren waarom mensen zo sterk reageren op hun sociale omgeving, nl. het ordeningsprincipe en het beloningsprincipe (Veen en Wilke, 1984). Het ordeningsprincipe houdt in dat mensen streven naar cognitieve ordening, zodat een samenhangend beeld ontstaat over zichzelf en de omgeving. Informatie over de opvattingen van anderen wordt daarbij serieus genomen, en des te meer naarmate die anderen vergelijkbaar zijn met de persoon zelf of een hoge geloofwaardigheid hebben. Het beloningsprincipe houdt in dat mensen streven naar beloning, dat wil zeggen positieve opbrengsten voor zichzelf. Beloningen kunnen ook sociaal zijn: waardering door anderen, status. Het eens zijn met belangrijke anderen is dus een positieve opbrengst. Beide principes lopen vaak door elkaar heen, maar beide stellen dat de sociale omgeving een belangrijke invloed heeft op attitudes en gedrag. Het onderzoek op het gebied van roken heeft dat heel duidelijk gemaakt. Beginnen met roken wordt vooral veroorzaakt door druk uit de sociale omgeving, met name leeftijdsgenoten, ouders en massamedia (Kok en De Vries, 1985). De beslissing om te stoppen met roken vindt meestal plaats op grond van attitudeverandering, maar het succes van zo'n stoppoging wordt weer vooral bepaald door de social support die de stopper krijgt. Weinig mensen

slagen erin om zonder steun van de sociale omgeving te stoppen met roken (Suls, 1982). Net als bij de behandeling van de determinant gedragsmogelijkheden is ook bij de determinant sociale invloed de konklusie: wanneer we het gedrag willen beïnvloeden moeten we rekening houden met de rol van de sociale omgeving.

De derde determinant van gedrag is de eigen attitude. De eigen attitude van de persoon ten aanzien van het gedrag is de afweging van alle voor- en nadelen die aan dat gedrag gekoppeld zijn. Het is belangrijk om te onderkennen dat er meerdere voor- en nadelen aan een gedrag verbonden zijn. Bovendien zien verschillende mensen verschillende voor- en nadelen. Bij gezondheidsgedrag is er vaak een verschil tussen korte- en lange-termijn gevolgen. Daarbij liggen bij het gewenste gedrag, zoals stoppen met roken, de voordelen op lange termijn en de nadelen op korte termijn. We weten tevens dat mensen zich meer door korte-termijn dan door lange-termijn gevolgen laten beïnvloeden (Kok, 1983). Dat maakt het moeilijker om het gewenste gedrag aantrekkelijk te maken.

De twee basisprincipes van ordening en beloning zien we ook in de attitudedeterminant terug. De afweging van voor- en nadelen is duidelijk gebaseerd op het beloningsprincipe. Dat gedrag krijgt een positieve attitude, dat de meeste positieve opbrengsten biedt. Echter ook het ordeningsprincipe speelt een rol. Mensen streven ernaar dat hun attitudes intern consistent zijn en bovendien dat ze consistent zijn met gedrag. Theorieën als cognitieve dissonantietheorie zijn op dit principe gebaseerd. Echter wanneer er inkonsistentie bestaat tussen gedrag en attitude, bijvoorbeeld 'ik rook' en 'roken is slecht', is het voor de meeste mensen gemakkelijker om consistentie te bereiken door de attitude te wijzigen dan door het gedrag te wijzigen. Ook dit vormt voor GVO een probleem.

Tot nu toe hebben we over attitudes met betrekking tot gezondheidsgedrag gepraat in algemene theoretische termen. Er zijn echter ook pogingen gedaan specifieke theorieën te ontwikkelen over gezondheidsattitudes en -gedrag. Zo suggereert het zogenaamde Health Belief Model (Janz en Becker, 1984) dat bij de attitude met betrekking tot gezondheidsgedrag in ieder geval de volgende aspecten belangrijk zijn: de bedreiging van de gezondheid, uitgedrukt in de kans op die bedreiging en de ernst van die bedreiging, de effectiviteit, dus wat iemand zelf kan doen tegen die bedreiging en tenslotte de mogelijke barrières die optreden als iemand het gezondere gedrag wil realiseren. Het Health Belief Model geeft zo enerzijds een zinvolle invulling van mogelijke gedragsdeterminanten, anderzijds legt het erg de nadruk op gezondheidsoverwegingen zonder voldoende rekening te houden met andere overwegingen die, zoals we gezien hebben, ook heel belangrijk kunnen zijn. Evenmin houdt het rekening met de invloed van de sociale omgeving. Bovendien is het zonder problemen op andere gebieden toe te passen, bijvoorbeeld milieuproblemen, zodat het niet echt een specifieke gezondheidstheorie is.

We hebben drie soorten gedragsdeterminanten onderscheiden: attitudes, sociale invloed en gedragsmogelijkheden. Deze drie soorten determinanten bieden een uitgangspunt voor gedragsverandering. Echter, begrip van oorzaken voor gedrag is nog niet hetzelfde als weten hoe dat gedrag beïnvloed moet worden. Voor gedragsverandering komt meer kijken. We zullen dat nu bespreken.

5. Gedragsbeïnvloeding

Wanneer de oorzaken van het gezondheidsgedrag zorgvuldig geanalyseerd zijn, kan de vraag worden gesteld hoe dat gedrag te beïnvloeden is. Op basis van de analyse van de gedragsdeterminanten, wordt gekozen voor de meest effectieve manier van beïnvloeding. Vanuit GVO wordt de vraag specifiek gesteld, nl.

hoe zijn mensen te motiveren tot ander gedrag? Green e.a. (1980, p.10-11) geven aan dat er vier soorten veranderingen als gevolg van gedragsbeïnvloeding bestaan:

- afname ongezond gedrag, bijvoorbeeld stoppen met roken, minder zout gebruiken
- preventie ongezond gedrag, bijvoorbeeld preventie van roken bij jongeren
- toename gezond gedrag, bijvoorbeeld opvolgen advies huisarts, verbeteren van de konditie
- preventie afname gezond gedrag, bijvoorbeeld diëet blijven houden.

In al deze gevallen gaat het om beïnvloeding van bestaand of te verwachten gedrag. GVO probeert dat gedrag te beïnvloeden door mensen te motiveren tot ander gedrag. Dat is niet de enige mogelijkheid voor gedragsbeïnvloeding. Andere mogelijkheden zijn: wetgeving, economische maatregelen, beleidsmaatregelen. In het geval van alcohol zou dat kunnen zijn: verbod op alcoholgebruik in kantine, prijsverhoging, beschikbaarheidsbeperking. De overgang van GVO-beïnvloeding naar andere soorten beïnvloeding is niet altijd scherp, maar er zijn voorbeelden waarbij het verschil duidelijk naar voren komt. In Nederland is er bijvoorbeeld een grote bereidheid om verkeersveiligheid te vergroten door wettelijke maatregelen, zoals verbod op alcohol in het verkeer, autogordels, bromfietshelmen. We zien dan dat zo'n maatregel alleen maar werkt als er voldoende toezicht is. Sommige mensen zitten onder invloed achter het stuur, maken hun veiligheidsriemen niet vast, of dragen hun bromfietshelm los. Deze mensen kennen de wet maar zijn niet intrinsiek gemotiveerd om zich er aan te houden. Een wet is dus in een dergelijk geval niet voldoende. Naast die wet moeten er programma's komen om mensen te motiveren tot het gewenste gedrag. De verhouding GVO versus beleidsmaatregelen is een complexe. Bepaald gedrag is nauwelijks middels GVO te beïnvloeden. In zo'n geval is het persoonlijke voordeel van het door GVO gewenste gedrag zo gering dat motivering niet werkt. Dan zijn beleidsmaatregelen of zelfs wetgeving de enige manier tot beïnvloeding. Echter wanneer de

motivatie ontbreekt, schieten zelfs wetten, zoals we gezien hebben, tekort. Anderzijds is ook alleen GVO en verder niets meestal ineffektief. In het voorgaande is aangegeven dat mensen gedragsmogelijkheden nodig hebben. GVO dient vergezeld te gaan van beleidsmaatregelen die het gewenste gedrag mogelijk of zelfs makkelijk maken. Wanneer de politieke bereidheid tot beleidsmaatregelen er niet is, wordt GVO soms een exkuus. Met betrekking tot roken en alcohol was de situatie in Nederland tot voor kort zo. Sinds korte tijd zijn er aanwijzingen die meer gaan in de richting van een totaalbeleid. In zo'n totaalbeleid van GVO en beleidsmaatregelen kan GVO veel effectiever zijn.

Hoe motiveren we mensen tot ander, gezonder, gedrag? In de eerste plaats moeten we aansluiten bij de drie gedragsdeterminanten die we hiervoor besproken hebben: attitudes, sociale invloed, gedragsmogelijkheden. In de tweede plaats vindt motivatie altijd plaats via een communicatie proces en moeten we er voor zorgen 'over te komen'. In de derde plaats willen we een blijvende gedragsverandering en dat vraagt meer dan een eenmalige gedragsverandering (Kok, 1985). We zullen deze drie aspecten van beïnvloeding nu verder uitwerken.

In de fase van de gedragsdeterminanten is duidelijk geworden of het gedrag vooral bepaald wordt door attitudes, door sociale invloed, door gedragsmogelijkheden of door een combinatie daarvan. Attitudes veranderen als de afweging van voor- en nadelen verandert. Van het ongewenste gedrag moeten de nadelen duidelijk worden, van het gewenste gedrag de voordelen; liefst voor- en nadelen beide op korte termijn. Veranderen van de sociale omgeving is buitengewoon moeilijk. GVO kan kiezen voor een groepsgewijze aanpak, waarbij niet individuen voorgelicht worden, maar groepen, zoals gezin, schoolklas, kollega's. Een andere mogelijkheid is om mensen weerbaar te maken tegen een sociale omgeving die het ongewenste gedrag opdringt. In de programma's voor de preventie van roken bij jongeren wordt vooral dat laatste met succes gedaan (Kok en De Vries, 1985).

Gedragsmogelijkheden zijn ook te veranderen. Soms is het mogelijk mensen te instrueren bijvoorbeeld over bedrijfsveiligheid. Soms is het mogelijk structurele veranderingen aan te brengen. Woudenberg, De Haes en Schuurman (1975) geven daarvan een voorbeeld waarbij de GVO activiteit zich richtte op drempelverlaging van een centrum voor screeningsonderzoek, met als gevolg dat veel meer mensen het centrum bezochten.

Afhankelijk van de uitkomst van de analyse van gedragsdeterminanten kunnen suggesties worden gedaan over mogelijke beïnvloedingsmethoden. Die beïnvloeding loopt altijd via een communicatieproces. Binnen de sociale psychologie, de voorlichtingskunde en de communicatiewetenschappen is veel theorievorming geweest over de zogenaamde persuasieve communicatie, in dit geval communicatie die er toe moet leiden dat mensen gemotiveerd worden tot ander gedrag. Er zijn diverse modellen ontwikkeld (Kok, 1985) die meestal uitgaan van een aantal fasen die doorlopen worden vanaf het eerste begin tot het einde, te weten de bestending van de gedragsverandering. Met name McGuire (1985) heeft dat recentelijk uitputtend beschreven. Een GVO bericht moet eerst opgemerkt worden, dat wil zeggen, de doelgroep moet bereikt worden. Het bericht moet door de doelgroep dan ook begrepen worden. De attitude-overwegingen die aangevoerd worden moeten geaccepteerd worden. Daarbij spelen geloofwaardigheid van de bron, betrokkenheid van de persoon, samenstelling van het bericht, etc. een rol. De sociale omgeving moet de verandering steunen of de persoon moet weerbaar zijn geworden tegen een niet-steunende omgeving. Het nieuwe gedrag moet mogelijk of zelfs gemakkelijk zijn. Tenslotte moet het veranderde gedrag ook het gewenste effect hebben, mensen moeten ondervinden dat de voordelen die hen voorgespiegeld zijn ook werkelijk gerealiseerd worden. Pas na al deze fasen kunnen wij verwachten dat er blijvende gedragsverandering zal optreden.

Dat laatste wil ik nog wat verder uitwerken. GVO richt zich vrijwel altijd op blijvende gedragsverandering. Het gaat dan om

gedragingen die cultureel verankerd zijn of voor de persoon belonend. Dat geeft meteen aan dat GVO vrijwel altijd voor een hele zware taak staat. Tegelijkertijd geeft dat ook de sterkte van GVO aan: blijvende gedragsverandering treedt alleen maar op als de voorlichter gelijk heeft. Wij kunnen dat nader uitleggen aan de hand van het beloningsprincipe. Bij de poging om attitudes te veranderen wordt mensen uitgelegd dat de meeste positieve opbrengsten gekoppeld zijn aan het gewenste, gezondere, gedrag. Wanneer mensen nu dat gewenste gedrag gaan vertonen verwachten ze dat die positieve opbrengsten zullen optreden. Dat betekent in de eerste plaats dat je mensen niks wijs kunt maken. Wanneer het aanbevolen gedrag voor de persoon niet het meest belonende gedrag is, heeft motiveren weinig zin. Dat betekent in de tweede plaats dat ook als je gelijk hebt, je die informatie zo moet inrichten dat geen onjuiste verwachtingen worden gewekt. In dit verband is het bijvoorbeeld belangrijk om, zoals Locke e.a. (1981) aangeven realiseerbare doelen te stellen en mensen zelf te laten participeren in het stellen van doelen. Als bijvoorbeeld een dieet gesuggereerd wordt voor mensen met overgewicht, dan moeten deze na enige tijd wel merken dat hun gewicht afneemt. Bovendien moet die afname volgens reële verwachting zijn. Tenslotte moeten er geen vervelende bijverschijnselen zijn die als negatieve opbrengst gaan fungeren. De zogenaamde feedback over de positieve opbrengsten van het gewenste gedrag is een belangrijk motivatiemiddel tot blijvende gedragsverandering. Deze feedback is in GVO niet altijd gemakkelijk en het zal van de GVO-er in de praktijk vaak een grote creativiteit vragen om dit te kunnen realiseren. Participatie van de doelgroep in het opstellen van de GVO-activiteit is daarvoor een eerste eis, zoals ook meermalen door Rouwenhorst bepleit (Rouwenhorst, 1981).

Het opstellen van veranderingsprogramma's is zoals we gezien hebben niet eenvoudig. Allerlei beslissingen worden genomen die soms meer en soms minder verantwoord zijn. Daarom is het noodzakelijk dat beïnvloedingspogingen altijd geëvalueerd worden. Deze laatste stap van GVO-activiteiten zullen we nu behandelen.

6. Evaluatie van de beïnvloeding

Pij evaluatie-onderzoek is niet voldoende uitsluitend na de beïnvloeding onderzoek te doen, maar ook vooraf aan de beïnvloeding en tijdens de GVO-aktiviteit (De Haes, 1985). Goed evaluatieonderzoek heeft twee kenmerken nl. experimentele designs voor effectmetingen, en proces-evaluatie om na te kunnen gaan hoe het effect tot stand is gekomen.

Na een GVO-programma willen we kunnen zeggen of het programma geslaagd is of niet, en zo niet, waarom niet. Meestal kan dat alleen maar wanneer voorafgaand aan de evaluatie metingen worden verricht over de beginsituatie en er bovendien een controlegroep is die niet blootgesteld wordt aan het voorlichtingsprogramma. Experimentele onderzoeksdesigns voldoen aan deze konditie. In de praktijk van het toegepaste onderzoek zijn dergelijke designs niet altijd mogelijk omdat equivalente controlegroepen niet realiseerbaar zijn. In zo'n geval kan met enige inventiviteit gebruik worden gemaakt van quasi-experimentele designs met niet-equivalente controlegroepen, die, mits zorgvuldig toegepast, veel zinvolle informatie kunnen geven over het effect van de GVO-aktiviteit (Cook en Campbell, 1979). Experimentele of quasi-experimentele designs zijn een eerste vereiste voor evaluatieonderzoek. Een tweede vereiste is dat het onderzoek ook antwoord moet geven op de vraag waarom het programma wel of geen effect heeft gehad. Dat kan door zogenaamde procesevaluatie. Met procesevaluatie wordt bedoeld dat niet alleen wordt gekeken naar het beoogde effect van de GVO-aktiviteit maar ook naar tussenliggende fasen die dat effect teweeg zouden moeten brengen. Zo kan bijvoorbeeld bij schriftelijke voorlichting nagegaan worden of het bericht begrijpelijk was voor de doelgroep. Het mag duidelijk zijn dat het zinvol is dit type onderzoek reeds tijdens de opzet van de voorlichting te doen, zodat bijstellingen mogelijk zijn (Van Woerkum, 1982). Proces-evaluatie is met name van belang om niet-effektieve voorlichting bij te stellen.

Een apart probleem bij GVO wordt gevormd door de keuze van GVO-doelen in de evaluatie. GVO-doelen liggen meestal op lange termijn. Dat betekent dat de eigenlijke doelen niet geschikt zijn voor evaluatieonderzoek op korte termijn en dat voor de evaluatie subdoelen of tussendoelen gekozen moeten worden. Een voorbeeld: preventie van roken bij jongeren wordt aangepakt vanwege de invloed van roken op het ontstaan van hart- en vaatziekten en kanker. Afname van voorkomen van en sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker is echter geen realistisch doel wanneer het er om gaat zo'n preventieprogramma te evalueren. Een realistisch doel is de afname van het aantal rokende leerlingen, hoewel ook dat zich pas na een aantal jaren duidelijk kan manifesteren. Een mogelijk tussendoel is de vergroting van de sociale vaardigheden van de leerlingen in de omgang met sociale druk, omdat juist dat de basis vormt van de meeste preventieprogramma's. Wel moet ervoor worden gewaakt om al te gemakkelijk kennis- of attitudeverandering als tussendoel te kiezen omdat we in het voorgaande gezien hebben dat hierdoor maar zelden gedragsverandering wordt bereikt (Green, 1977; 1978).

Evaluatieonderzoek sluit de vier stappen van GVO af. Beginnend bij de analyse van het gezondheidsprobleem en de identifikatie van gezondheidsgedrag, vervolgend met een zorgvuldige analyse van de gedragsdeterminanten op basis waarvan een beïnvloeding wordt opgezet om mensen te motiveren tot ander gedrag, geeft evaluatieonderzoek aan of we op de goede weg zijn of niet. Goede programma's kunnen nu grootschalig geïmplementeerd worden, ineffektieve programma's moeten worden herbezien, wellicht is het nodig opnieuw een probleemanalyse te verrichten. Met de bespreking van deze vier GVO-stappen heb ik geprobeerd een overzicht te geven van GVO als wetenschapsgebied. Het mag duidelijk zijn dat fundamenteel en toegepast onderzoek in GVO als wetenschapsgebied centraal staat.

In het volgende wil ik een onderdeel van GVO uitwerken dat mijns inziens het meest eigene van GVO is: de motivering tot ander gedrag.

7. Gezondheidsmotivering

GVO activiteiten hebben gedragsverandering of gedragsbestendiging tot doel, en kiezen als middel hiertoe de motivering van de betrokkene. Binnen de GVO-wereld wordt daar op verschillende wijzen tegenaan gekeken. Naast bijvoorbeeld het bevorderen van de verkeersveiligheid waarbij gedragsverandering met bijna alle middelen bereikt mag worden, is er een GVO traditie die de eigen verantwoordelijkheid van de persoon voorop stelt en GVO vooral definieert als het helpen bij de keuze uit gedragsalternatieven (Van den Ban, 1979). Elders hebben we dit omschreven als sturende versus onthechte voorlichting (Wilke en Kok, 1985). Mijn eigen positie in deze discussie heeft een andere invalshoek: GVO kan slechts effektief zijn als ze erin slaagt mensen te motiveren tot ander gedrag, dus mensen zelf te laten kiezen voor ander gedrag. Het gewenste gedrag moet dan voor de persoon het meest belonende gedragsalternatief zijn. Wanneer de voorgelichte dat gedrag niet kiest ben ik ontevreden omdat mijn motivering niet gelukt is. Het eigene van GVO, waardoor het zich onderscheidt van anderssoortige beïnvloedingsmethoden is juist deze motivering. Daarentegen leidt straf via wetgeving alleen tot gedragsverandering als er voldoende toezicht is. Beloning van gewenst gedrag leidt alleen tot gedragsverandering zolang de beloning gehandhaafd blijft. Mensen die zelf heel bewust kiezen voor ander gedrag zullen dit gedrag ook beter en langduriger uitvoeren. Er zijn voor deze stellingname empirische en theoretische argumenten, vooral uit de sociale psychologie. We zullen een aantal van die theorieën bespreken, namelijk reactance, aangeleerde hulpeloosheid en attributietheorieën. Geheel in de traditie van de 'Groningse school' (Veen en Wilke, 1984) zal ik vooral letten op de overeenkomsten in onderliggende principes en veel minder op

de verschillende nuances tussen de theorieën.

Reactance en learned helplessness (Wortman en Brehm, 1975). Reactance theorie en learned helplessness theorie zijn van oorsprong twee verschillende theorieën, die later geïntegreerd zijn. Reactance theorie geeft aan dat mensen op een bedreiging van hun vrijheid reageren door actief die vrijheid te willen herstellen. Dus wanneer mensen in hun mogelijkheden beperkt worden, gaan ze zich verzetten om zo toch hun keuzemogelijkheden te houden. Aangeleerde hulpeloosheid geeft juist aan dat mensen die voortdurend ervaren geen controle meer te hebben over hun situatie, geneigd raken niets meer aan die situatie te doen. Wanneer mensen steeds opnieuw merken dat hun eigen inspanning niet helpt, zullen ze zich niet meer inspannen. In de integratie van beide theorieën wordt gesuggereerd dat een gering gebrek aan controle leidt tot actief controleverhogend gedrag (reactance), terwijl een omvangrijk gebrek aan controle leidt tot passiviteit (hulpeloosheid). Mensen die 'hulpeloos' zijn kunnen nauwelijks gemotiveerd worden tot ander gedrag.

Attributie (Eiser, 1983). Attributietheorieën sluiten heel goed aan bij het voorgaande. Attributietheorieën beschrijven hoe mensen bij gebeurtenissen zoeken naar oorzaken. De theorie van Weiner (1985) bijvoorbeeld geeft aan dat mensen oorzaken voor eigen en andermans gedrag toeschrijven die variëren op een aantal dimensies. Zo kunnen mensen oorzaken aangeven bij zichzelf of buiten zichzelf, intern of extern. Oorzaken kunnen ook stabiel of instabiel zijn, dat wil zeggen, vast of veranderbaar. Tenslotte kunnen oorzaken voor gedrag variëren in controleerbaarheid, dat wil zeggen, te beïnvloeden door de persoon of niet. De wijze waarop mensen attribueren is van invloed op hun gedrag. Bijvoorbeeld als iemand het roken attribueert als een verslaving, dus intern, stabiel, en oncontroleerbaar, is hij of zij weinig geneigd om te stoppen. Iemand die het roken attribueert als instabiel en controleerbaar is wel te motiveren tot stoppen. We komen daarop straks nog terug.

Naast deze theorieën zijn er nog andere zoals besef van verantwoordelijkheid (Schwartz, 1977), effectiviteit van gedrag (Kok, 1986), locus of control (Rotter, 1966) en efficacy (Bandura, 1977), die allemaal wijzen op hetzelfde basisprincipe: hoe meer controle mensen krijgen over hun eigen situatie des te meer zijn ze te motiveren om die situatie te verbeteren. Toegepast op GVO: hoe meer controle mensen krijgen over hun gezondheidssituatie, des te meer zijn ze te motiveren tot ander, gezonder gedrag. GVO als gezondheidsmotivering moet dus de controle van mensen op hun eigen gezondheidssituatie verhogen. Terugkerend naar de vraag betreffende onthechte of sturende GVO: GVO mag best sturend zijn in de zin dat de doelen van GVO zeer duidelijk op gedragsverandering zijn gericht, als GVO maar de controle van de persoon op de eigen gezondheidssituatie bevordert en op die wijze mensen tot ander gedrag motiveert. Zoals gezegd is dat ook de kracht van GVO.

Nu is het niet zo dat er een soort kookboek klaarligt voor GVO, integendeel. De rijkdom aan controletheorieën en -onderzoek betreft vooral de beschrijving van gedrag. Over verandering en beïnvloeding is veel minder bekend. En wat er bekend is betreft vooral weer beschrijvingen van sukses of falen van beïnvloeding van gedrag, geïnterpreteerd in termen van controle. Eiser e.a. (1986) bijvoorbeeld beschrijven vanuit Weiner's attributietheorie sukses en falen van pogingen om te stoppen met roken. Zij vroegen deelnemers aan een stopprogramma vooraf naar attributies en suksesverwachting. Daarna werd gekeken naar het stopresultaat na twaalf maanden. De resultaten waren volgens verwachting: mensen die hun falen op eerdere pogingen toeschrijven aan stabiele redenen, hebben een lagere verwachting van sukses en zijn na twaalf maanden ook minder succesvol met stoppen. Voor mensen die hun vroegere falen aan instabiele redenen toeschrijven geldt juist het tegenovergestelde.

Op deze wijze krijgen we steeds meer inzicht in de rol van controle bij gedrag en gedragsverandering. Konkrete toepassingen van deze inzichten op gezondheidsmotivering zijn er nog niet zoveel. Als laatste onderwerp wil ik een voorbeeld uitwerken dat probeert zo'n toepassing te geven. Taylor (1982) beschrijft heel zorgvuldig en ingenieus het controleverlies dat patiënten doormaken die in een ziekenhuis worden opgenomen en de gevolgen die dat heeft.

8. Een voorbeeld: Controleverlies in het ziekenhuis

Mensen die in een ziekenhuis terecht komen ondergaan een ingrijpend verlies van controle over hun eigen situatie. Gedeeltelijk komt dat vanwege hun ziekte, maar voor het grootste deel komt dat vanwege de depersonalisering die optreedt als gevolg van de ziekenhuissituatie. Depersonalisatie is niet de bedoeling van een ziekenhuisstaf, maar door bureaucratie, efficiëntiedruk, informatieongelijkheid etc. treedt het wel op. Op de patiënt wordt druk uitgeoefend om een cooperatieve, aangepaste, willige, kortom 'goede' patient te zijn. De meeste patienten worden dan ook goede patienten, maar een substantiëel aantal niet. Deze laatste vertonen verzet: ze nemen een konsumentenrol, ze willen volledige informatie, ze hebben kritiek op regels, etc. De staf beschouwt hen als 'lastige' patienten. Interessant is dat deze lastige patienten o.a. gemiddeld jonger en beter opgeleid zijn. Kijkend naar de goede en de slechte patienten vanuit de theorieën over controle en controleverlies, geeft Taylor aan dat de lastige patient reactance vertoont en de goede patient hulpeloosheid. Zij beschrijft de gevolgen van deze reakties op de gezondheidstoestand van de patiënt. De zogenaamde goede patiënt wordt passief en hulpeloos, neemt geen informatie meer op, geeft ook geen informatie meer af, is angstig en depressief. De staf communiceert weinig met zo'n patiënt. Dit alles schaadt de gezondheidstoestand van de patiënt. De zogenaamde lastige patiënt vraagt aandacht en klaagt, pleegt

sabotage door o.a. noncompliance, is wantrouwend, boos, ervaart stress. De staf vertoont de neiging de klachten te negeren, geeft soms kalmerende middelen en stuurt in extreme gevallen de patiënt eerder naar huis. Ook hier wordt de gezondheidstoestand van de patiënt geschaad. Vanuit de analyse over controleverlies komt vanzelfsprekend de oplossing naar voren, nl. het vermeerderen van controle over de eigen situatie, en hoewel moeilijk, is dat niet onmogelijk om te realiseren. Taylor vermeldt een aantal studies waarin dat met succes gedaan is. De meeste van die studies zijn verricht met operatiepatiënten. Vooraf wordt dan zorgvuldig informatie gegeven over alle gebeurtenissen en gevolgen van de operatie, vooral over bijverschijnselen. Bovendien worden patiënten getraind in het omgaan met die bijverschijnselen, met name bestrijding van pijn. Dergelijke patiëntenvoorlichting kan ertoe leiden dat patiënten zich na de operatie beter voelen, minder medicijnen nodig hebben en eerder naar huis kunnen. Die effecten zijn in meerdere studies aangetoond en blijken het gevolg te zijn van juist de combinatie van informatie en training. Een soortgelijk positief effect van controlevermeerderende patiëntenvoorlichting is aangetoond met andere soorten patiënten, met kinderen en ook met bejaarden in verzorgings-tehuizen. Een dramatisch voorbeeld van dat laatste is een studie van Langer en Rodin (1976). Zij deden een veldexperiment in een verzorgingstehuis. Er werd een aantal voorzieningen getroffen waarbij de experimentele groep ouderen zelf het beheer kreeg over die voorzieningen, terwijl in de controlegroep het beheer bij de staf lag. Na een jaar voelden de ouderen in de experimentele groep zich beter, ze participeerden meer en waren naar het oordeel van de staf gezonder. Als dergelijke simpele interventies reeds zo'n geweldig effect hebben, hoeveel mogelijkheden zijn er dan niet om serieus te werken aan controlevermeerdering in de gezondheidszorg.

9. Konklusies

GVO in ruimere zin is een systematische aanpak van gezondheidsproblemen door het probleem zorgvuldig te analyseren, te zoeken naar determinanten van gedrag, manieren te vinden om het gedrag te beïnvloeden en die beïnvloeding te evalueren. Zowel toegepast als fundamenteel onderzoek op elk niveau uit diverse disciplines is daarbij nodig. GVO in engere zin is een methode van gedragsbeïnvloeding die uitgaat van de motivering tot gezond gedrag. GVO moet de voorgelichte ervan overtuigen zelf te kiezen voor gezonder gedrag. GVO-interventies proberen daartoe de controle van de voorgelichte over zijn eigen gezondheidssituatie te vergroten.

GVO als wetenschapsgebied werkt binnen dit kader. Soms met studies die een heel probleem in alle facetten proberen te omvatten; soms met studies die kleine deelaspecten zorgvuldig analyseren. GVO kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Die bijdrage wordt binnen de gezondheidszorg in toenemende mate erkend. Het is aan de GVO wetenschappers en praktijkwerkers om die pretentie waar te maken.

Slotwoord

Een oratie geeft ook de gelegenheid om wat meer persoonlijke opmerkingen te maken over hoe de orator zover is gekomen en hoe hij het nog verder denkt te brengen. Om met dat eerste te beginnen, ik heb reeds opgemerkt dat gedrag het resultaat is van de attitudes van de persoon zelf, diens sociale omgeving en de mogelijkheden die aanwezig zijn. De rol van de sociale omgeving wordt altijd onderschat, zelfs door sociaal-psychologen. Ik wil een poging doen: het gezin waarin ik opgegroeid ben en waar een geweldige stimulans tot ontwikkeling en scholing bestond, mijn schooltijd waar het controleverlies steeds net niet groot genoeg was om tot hulpeloosheid te leiden, maar eerder tot verzet; de studie te Groningen plus de werktijd aldaar met een groep kollega's waarin degelijkheid en creativiteit in zowel onderzoek als onderwijs enthousiast bevorderd werden. Hoe moet het nu zonder al die social support verder? Ook in Maastricht heb ik een gunstige sociale omgeving aangetroffen. De belangstelling voor goed onderzoek is groot; er is nu een deelproject Beïnvloeding van gezondheidsgedrag waarin vrijwel alle leden van de capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding participeren en waarin samengewerkt wordt met vele andere capaciteitsgroepen binnen deze universiteit. In het GVO-onderwijs bleek er ruimte voor een eigen vooral sociaalpsychologische inbreng. Kortom, een werksituatie met prettige kollega's en veelbelovende studenten, waarbij ik alle vertrouwen heb samen er in te slagen GVO tot een serieuze wetenschap te brengen die daardoor een relevante bijdrage kan leveren aan de gezondheidszorg.

Hiermee aanvaard ik het ambt van hoogleraar in de Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding.

Literatuur

Ban, A.W. van den, 1979. Inleiding tot de voorlichtingskunde, 4e druk. Meppel: Boom.

Bandura, A., 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Cook, T.D. & Campbell, D.T., 1979. Quasi-experimentation, design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin.

Eiser, J.R., 1983. From attributions to behaviour. In: M.Hewstone (Ed.), Attribution theory, social and functional extensions (p.160-169). Oxford: Basil Blackwell.

Eiser, J.R., Pligt, J. van der, Raw, R. & Sutton, S.R., 1986. Trying to stop smoking: effects of perceived addiction, attributions for failure, and expectancy of success. In press.

Green, L.W., 1977. Evaluation and measurement: some dilemma's for health education. American Journal of Public Health, 67, 155-161.

Green, L.W., 1978. Determining the impact and effectiveness of health education as it relates to federal policy. Health Education Monographs, 6 (p. 48-89 in The SOPHE Heritage Collection, Vol. II; Oakland, Cal.: Third Party Publ.).

Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. & Partridge, K.B., 1980. Health education planning, a diagnostic approach. Palo Alto, Cal.: Mayfield.

Haes, W. de, 1985. Voorlichting en onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 77-86.

Janis, I.L., 1983. The role of social support in adherence to stressful decisions. American Psychologist, 38, 143-160.

Janz, N.K. & Becker, M.H., 1984. The health belief model: a decade later. Health Education Quarterly, 11, 1-47.

Kok, G., 1983. The further away, the less serious: effect of temporal distance on perceived value and probability of a future event. Psychological Reports, 52, 531-535.

Kok, G.J., 1985. Een model van gedragsverandering via voorlichting. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 71-76.

Kok, G.J. & Vries, H. de. 1985. Preventie van beginnend rookgedrag bij jongeren; toepassing van een sociaal-psychologisch beïnvloedingsmodel. In: J. von Grumbkow, D. van Krevelde & P.Stringer (Red.), Toegepaste Sociale Psychologie 1 (p.56-69). Lisse: Swets en Zeitlinger.

Langer, E.J. & Rodin, J., 1976. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. Journal of Personality & Social Psychology, 34, 191-198.

Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutman, M., 1984. Compliance: a self regulation perspective. In: W.Doyle Gentry (Ed.), Handbook of behavioral medicine (p. 369-436). New York: Guilford.

Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. & Latham, G.P., 1981. Goal setting and task performance: 1969-1980. Psychological Bulletin, 90, 125-152.

Matarazzo, J.D., 1985. Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. In: J.D.Matarazzo, Sh.M.Weiss, J.A.Herd, N.E.Miller & St.M.Weiss (Eds.), Behavioral health, a handbook of health enhancement and disease prevention (p. 3-40). New York: Wiley.

McGuire, W.J., 1985. Attitudes and attitude change. In: G.Lindzey & E.Aronson (Eds.), Handbook of social psychology, 3rd Ed., Vol. II (p.233-346). New York: Random House.

Rotter, J.B., 1966. Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monographs, 80 (whole no.).

Rouwenhorst, W., 1981. Om onze gezondheid: de rol van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Alphen a.d. Rijn: Samsom.

Schwartz, S.H., 1977. Normative influences on altruism. In: L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology, Vol. 10 (p. 222-279). New York: Academic Press.

Suls, J., 1982. Social support, interpersonal relations, and health: benefits and liabilities. In: G.S.Sanders & J.Suls (Eds.), Social psychology of health and illness (p.255-277). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Taylor, S.E., 1982. Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control? In: H.S.Friedman & M.R.DiMatteo (Eds.), Interpersonal issues in health care (p. 209-232). New York: Academic Press.

Veen, P. & Wilke, H.A.M., 1984. De kern van de sociale psychologie. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Weiner, B., 1985. An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92, 548-573.

Westmaas-Jes, M.M., 1977. Voorlichting en gezond gedrag, bouwstenen voor een planmatige aanpak. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Wilke, H.A.M. & Kok, G.J., 1985. Attitudeverandering en voorlichting. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 63-70.

Woerkum, C.J.M. van, 1982. Voorlichtingskunde en massakommunikatie. Dissertatie, Wageningen: Landbouwhogeschool.

Wortman, C.B. & Brehm, J.W., 1975. Responses to uncontrollable outcomes: an integration of reactance theory and the learned helplessness model. In: L.Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology, Vol. 8 (p.278-236). New York: Academic Press.

Woudenberg, A.P., Haes, W.F.M. de & Schuurman, J.H., 1975. Enkele organisatorische GVO-aspekten in de opzet van een onderzoek. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 53, 577-582.